

ANNÉE 1933

N°

THÈSE
POUR LE
DOCTORAT EN MÉDECINE
(DIPLOME D'ÉTAT)

538

PAR
Paul RAFFRAY
Chirurgien-Dentiste diplômé
de la Faculté de Médecine de Paris
Ex-interne en Médecine
Né le 16 Mai 1907 à Rennes

Le traitement
des épithéliomas adamantins
et
des grands kystes multiloculaires
du maxillaire inférieur

Président de Thèse : M. LEMAITRE

PARIS
LIBRAIRIE LE FRANÇOIS
91, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 91

1933

FRANCE

ANNÉE 1933

N°

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Paul RAFFRAY

Chirurgien-Dentiste diplômé

de la Faculté de Médecine de Paris

Ex-interne en Médecine

Né le 16 Mai 1907 à Rennes

Le traitement des épithéliomas adamantins et des grands kystes multiloculaires du maxillaire inférieur

Président de Thèse : M. LEMAITRE

PARIS
LIBRAIRIE LE FRANÇOIS
91, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 91

1933

I. — PROFESSEURS

Le Doyen..... G. ROUSSY

MM.

Anatomie	ROUVIÈRE.
Anatomie médico-chirurgicale et chirurgie expérimentale	PROUST.
Physiologie	BINET.
Physique médicale.....	STROHL.
Chimie médicale.....	DESGREZ.
Bactériologie	DEBRÉ.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales....	BAUDOUIN.
Pathologie médicale.....	CLERC.
Pathologie chirurgicale.....	MARION.
Anatomie pathologique.....	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale.....	TIFFENEAU.
Thérapeutique	LOEPER.
Hygiène et Médecine préventive.....	TANON.
Médecine légale.....	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.	LAIGNEL-LAVASTINE.
Pathologie expérimentale et comparée....	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie..	MAURICE VILLARET.
Clinique médicale.....	CARNOT.
	BEZANÇON.
	ACHARD.
Hygiène et clinique de la première enfance	MARCEL LABBÉ.
Clinique des maladies des enfants.....	LEREBoullet.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.....	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	H. CLAUDE.
Clinique des maladies du système nerveux	GOUGEROT.
Clinique des maladies infectieuses.....	GUILLAIN.
	LEMIERRE.
	LENORMANT.
Clinique chirurgicale.....	CUNEO.
	GREGOIRE.
Clinique ophtalmologique.....	GOSSET.
Clinique urologique.....	TERRIEN.
	LEGUEU.
Clinique d'accouchements.....	COUVELAIRE.
	BRINDEAU.
Clinique gynécologie.....	JEANNIN.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédique	J.-L. FAURE.
Clinique thérapeutique médicale.....	OMBRÉDANNE.
Clinique oto-rhino-laryngologique.....	RATHERY.
Clinique thérapeutique chirurgicale.....	LEMAITRE.
Clinique propédeutique.....	PIERRE DUVAL.
Clinique de la Tuberculose.....	SERGENT.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	LÉON BERNARD.
Professeur sans chaire.....	MATHIEU.
	HOVELACQUE.
	MAUCLAIRE.
	MULON.
	VERNE.

II. -- AGREGÉS EN EXERCICE

MM.

Neurologie et Psychiâtrie.....	ALAJOUANINE.
Pathologie médicale.....	AUBERTIN.
Pathologie médicale.....	BÉNARD HENRI.
Pathologie chirurgicale.....	BROCQ.
Pathologie médicale.....	BRULÉ.
Pharmacologie	BUSQUET.
Pathologie chirurgicale.....	CADENAT.
Pathologie médicale.....	CATHALA.
Pathologie médicale.....	CHABROL.
Physiologie	CHAILLEY-BERT.
Pathologie médicale.....	CHEVALLIER.
Physique	DOGNON.
Pathologie n.édicale.....	DONZELOT.
Obstétrique	ECALLE.
Urologie	FEY.
Bactériologie	GASTINEL.
Pathologie chirurgicale.....	GATELLIER.
Pathologie chirurgicale.....	GIROUD.
Histologie	DE GAUDART D'ALLAINES
Oto-rhino-laryngologie	HALPHEN.
Pathologie médicale.....	HARVIER.
Pharmacologie	HAZARD.
Anatomie pathologique.....	HUGUENIN.
Pathologie médicale.....	HUTINEL.
Hygiène	JOANNON.
Chimie biologique.....	LABBÉ HENRI.
Pathologie médicale.....	LAROCHE GUY.
Pathologie chirurgicale.....	LEVEUF.
Neuro-psychiâtrie	LÉVY-VALENSI.
Pathologie médicale.....	LIAN.
Pathologie chirurgicale.....	MONDOR.
Pathologie médicale.....	MOREAU.
Pathologie chirurgicale.....	MOULONGUET.
Pathologie chirurgicale.....	MOURE.
Histologie	MULON.
Anatomie pathologique.....	OBERLING.
Anatomie	OLIVIER.
Médecine légale.....	PIEDELIEVRE.
Obstétrique	PORTES.
Pathologie médicale.....	QUÉNU.
Physiologie	RICHET Fils.
Chimie biologique.....	SANNIÉ.
Dermatologie et syphiligraphie.....	SÉZARY.
Pathologie chirurgicale.....	VALLERY-RADOT.
Ophtalmologie	(Pasteur).
	VELTER.
Obstétrique	VIGNES.
Obstétrique	VAUDESCAL.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

POUR LE SERVICE DES EXAMENS

	MM.
Obstétrique	LEQUEUX.
Anatomie pathologique.....	LEROUX.
Parasitologie	NEVEU-LEMAIRE.
Histologie	RETTERRER.
Physique	ZIMMERN.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE

(ANNEXE)

A TITRE PERMANENT

	MM.
Clinique médicale.....	ABRAMI.
Clinique médicale.....	CHIRAY.
Clinique médicale.....	DUVOIR.
Clinique médicale.....	BASSET.
Clinique chirurgicale.....	CHEVASSU.
Clinique chirurgicale.....	HEITZ-BOYER.
Clinique chirurgicale.....	MOCQUOT.
Clinique chirurgicale.....	SCHWARTZ.
Clinique chirurgicale.....	LE LORIER.
Clinique obstétricale	LEVY-SOLAL.
Clinique obstétricale	METZGER.
Clinique obstétricale.....	GUENIOT.

V. — CHARGÉS DE COURS

	M.M.
Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes.....	MAUCLAIRE, profes- seur sans chaire.
Stomatologie	FREY.
Education physique.....	CHAILLEY-BERT.
Radiologie clinique.....	LEDoux-LEBARD.
Puériculture	WEILL-HALLÉ.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MA FEMME

A MES CHERS PARENTS

Faible témoignage de mon affection filiale.

A LA MEMOIRE DE MON BEAU-PERE

Mort pour la France.

A MA BELLE-MERE

A MON FRERE, le Docteur ALBERT RAFFRAY

ET A MA BELLE-SŒUR

A MON BEAU-FRERE, ROGER BILLET,
CHIRURGIEN-DENTISTE

ET A MA BELLE-SŒUR

A TOUS LES MIENS ET A MES AMIS

A MON MAITRE, Monsieur le Docteur JOSSU

STOMATOLOGISTE DES HOPITAUX DE NANTES

Qui nous a toujours fait bénéficier de son enseignement. En témoignage de respectueuse reconnaissance.

A MON MAITRE, Monsieur le Docteur P. LANDAIS

STOMATOLOGISTE SUP. DES HOPITAUX DE NANTES

*Qui a bien voulu nous donner le
sujet de cette thèse et nous ai-
der de ses conseils. En témoi-
moignage de profonde grati-
tude.*

A Monsieur le Professeur F. LEMAITRE

PROFESSEUR AGRÉGÉ A LA FACULTE DE MEDECINE DE PARIS
OTO-RHINO-LARYNGOLOGISTE DE L'HOPITAL LARIBOISIÈRE

*Qui nous a fait le grand honneur
d'accepter la présidence de
cette thèse.*

A mes Maîtres dans les Hôpitaux de Nantes :

MM. les Docteurs GENDRON (*in memoriam*);

J. SEBILLEAU ;

G. BUREAU ;

LE MEIGNEN ;

CH. MIRALLE (*in memoriam*);

GIROIRE ;

PERRIN ;

BALLET ;

LEROUX ;

GUILLON ;

INTRODUCTION

Le maxillaire inférieur peut être le siège de deux groupes de tumeurs : les unes sont liées à l'existence du système dentaire ; les autres, d'origine non dentaire, se retrouvent en tous les points du squelette.

Nous n'envisagerons que les premières et parmi celles-ci, nous ne nous occuperons que des adamantinoses à forme polykystique ou à forme solide. Nous verrons du reste que toutes les formes mixtes existent entre ces deux variétés.

Après avoir rappelé les caractères généraux de ces tumeurs, nous décrirons le traitement classique actuel, basé sur une intervention grave et mutilante, puis un traitement chirurgical économique, tendant à conserver à l'arc mandibulaire sa continuité et sa rectitude.

GENERALITES

Pour comprendre l'origine et la formation de ces tumeurs, il est nécessaire de connaître le mode de développement des dents et l'existence des débris épithéliaux paradentaires.

Sans entrer dans des détails, nous rappellerons que la dent procède d'une double ébauche : épithéliale, d'origine ectodermique, et conjonctive, d'origine mésodermique.

1° L'ébauche épithéliale provient de la muqueuse gingivale qui s'enfonce dans l'épaisseur du mésoderme sous-jacent et constitue une saillie appelée mur plongeant.

Du mur plongeant se sépare la lame épithéliale, qui évolue et forme le bourgeon adamantin de la dent de lait; ce bourgeon est uni à la lame par le cordon folliculaire, appelé plus tard à disparaître.

Puis, du bourgeon adamantin, ou du cordon, ou de la lame épithéliale elle-même naît un bourgeon secondaire qui subit la même évolution que le premier et devient le bourgeon adamantin de la dent permanente.

Un troisième bourgeon, ébauche d'une troisième dentition, peut naître également, mais, chez l'homme,

ce bourgeon avorte et ne tarde pas à disparaître, sauf exception.

2° L'ébauche conjonctive provient du tissu conjonctif, voisin de chaque bourgeon épithélial. Il se condense en une sorte de papille qui déprime le bourgeon en cul de bouteille et s'en coiffe; c'est le bulbe dentaire.

Le tissu conjonctif, qui entoure les deux ébauches épithéliale et conjonctive, se condense et forme une sorte d'enveloppe, appelée le sac dentaire.

Bourgeon adamantin et bulbe dentaire contenus dans le sac dentaire constituent le follicule dentaire.

La lame épithéliale est formée de cellules cylindriques à la périphérie et de cellules polyédriques avec prolongements anastomosés au centre.

L'organe adamantin comprend une partie périphérique et une partie centrale. A la périphérie il n'y a qu'une seule rangée de cellules cylindriques qui évoluent soit vers la face convexe, soit vers la face concave.

Sur la face convexe l'épithélium s'aplatit et forme un revêtement cubique.

Sur la face concave l'épithélium forme un revêtement en palissade, constitué par des adamantoblastes, hautes cellules cylindriques.

Enfin au centre de l'organe adamantin les cellules présentent des prolongement anastomosés entre eux constituant le réticulum étoilé de la pulpe de l'organe adamantin ou gelée de l'émail.

Nous retrouverons cette structure histologique dans certaines tumeurs des maxillaires.

Le follicule dentaire évolue progressivement, la dent s'édifie. Elle est guidée dans son éruption par la lame dentaire qui se vacuolise, constituant l'iter dentis ou gubernaculum dentis.

Parmi les formations épithéliales nécessaires au développement de la dent, un certain nombre ne tarde pas à disparaître. Mais il en est qui persistent autour de la dent, à l'intérieur du maxillaire. Ce sont les débris épithéliaux paradentaires décrits par Malassez en 1885. Ils proviennent de la lame épithéliale, des cordons et du gubernaculum et se groupent autour de la dent.

Malassez les a divisé en trois groupes, d'après leur siège et l'aspect des cellules qui les constituent : un groupe superficiel ou gingival, situé tout près du bord de la gencive et formé de cellules du type malpighien qui tendent à s'agglomérer en globes épidermiques; un groupe moyen, situé dans l'épaisseur de la gencive et formé de cellules cubiques ou polyédriques; un groupe profond, dont les cellules prennent l'aspect étoilé des cellules de l'organe adamantin.

On voit donc que, de la superficie à la profondeur, la différenciation adamantine est de plus en plus perfectionnée.

Ces notions nous font comprendre la genèse des grands kystes adamantins ainsi que des autres tumeurs dont l'origine embryologique est la même ;

nous voyons d'autre part qu'il n'y a pas de différence essentielle entre le revêtement malpighien d'un kyste dentaire simple et le revêtement épithélial adamantin des adamantinomes kystiques : il n'y a qu'une évolution plus avancée dans un cas.

Les travaux de Malassez, établis sur une base anatomique solide, ont été confirmés par les recherches modernes et sont encore pratiquement admis aujourd'hui. Il n'en est pas de même des classifications des tumeurs d'origine dentaire qui sont nombreuses et dans la nomenclature desquelles règne la confusion. Diverses théories ont tour à tour été admises, puis rejetées; les plus satisfaisantes, telles que celles de Leriche et Cotte, de Coryllos, ont trop tendance à la simplification et ne peuvent englober tous les faits.

Bercher et Codvelle ont établi dernièrement une classification histo-pathologique et ces auteurs divisent les tumeurs d'origine dentaire en quatre groupes :

I. — TUMEURS INFLAMMATOIRES.

« Ce sont celles où la prolifération tissulaire apparaît, persiste et disparaît en même temps que l'agression microbienne qui l'a engendrée. Tels sont les granulomes périradiculaires ».

II. — TUMEURS HYPERPLASIQUES.

« Comme les précédentes, elles sont liées à une inflammation ou tout au moins à une irritation (micro-

bienne, mécanique ou autre) persistante ou prolongée : mais, celle-ci une fois éteinte, l'édification tissulaire qu'elle a provoquée lui survit ».

Tels sont les kystes, les épulis, les cémentomes. « Leur croissance est limitée et leur ablation ne donne lieu à aucune récurrence. »

III. — DYSEMBRYOPLASIES.

« L'irritation initiale (microbienne ou autre) ne peut pas être mise en évidence. La prolifération tissulaire semble vraiment « autonome ». Les restes embryonnaires de la lame dentaire et de l'organe adamantin, normalement quiescents, deviennent capables de récupérer une fertilité comparable à celle des tissus initiaux, dont ils représentent les vestiges ».

Dans ce groupe, 2 classes :

A) Dysembryoplasies bénignes ou adamantinomes.

Ce sont les fibro-épithéliomes adamantins. Ils comportent les 2 sous-groupes suivants :

1° Adamantinomes à croissance limitée (Embryomes purs) ;

2° Adamantinomes à croissance illimitée (Embryomes néoplasiques bénins). Ce sont les épithéliomas adamantins des classiques.

B) Dysembryoplasies malignes (Embryomes cancérisés).

Se divisent en cancers épithéliaux et en cancers conjonctifs.

IV. — DYSORGANOPLASIES.

« Tumeurs constituées par les tissus dentaires (émail et ivoire) nées d'une déviation localisée de l'activité odontoformatrice de l'épithélium adamantin, entraînant la couche des odontoblastes. Elles représentent un simple trouble du développement de la dent ». Tels sont les dentomes.

La classification de Bercher et Codvelle, que nous venons de résumer, est la plus compréhensive et la plus conforme aux données histologiques et aux faits cliniques.

Nous allons maintenant envisager successivement les caractères généraux des grands kystes multiloculaires et des épithéliomas adamantins, dont nous voulons étudier spécialement le traitement.

LES KYSTES ADAMANTINS MULTILOCULAIRES

Les kystes adamantins multiloculaires (adamantinomes kystiques, épithéliomas adamantins polykystiques) trouvent leur origine dans une prolifération « d'éléments cellulaires provenant de la lignée épithéliale edificatrice de la dent ». (Malassez).

Ce sont des tumeurs rares, apparaissant à tout âge, siégeant presque toujours au maxillaire inférieur, et avec une prédilection marquée pour la région postérieure de la branche horizontale et la branche montante. Cette région de l'angle de la mâchoire n'est pas leur siège unique et l'on a pu observer quelques cas de kystes adamantins de la région mentonnière (Sénèque, Morlet); ces cas sont toutefois exceptionnels. On ne sait à peu près rien sur l'étiologie de ces tumeurs; peut-être sont-elles dues aux infections dentaires chroniques, à la carie dentaire, à la présence d'une dent incluse dans certains cas.

La tumeur atteint en général un volume considérable : un œuf, une mandarine. Dupuytren a même relaté un cas où l'adamantinome atteignait la grosseur d'une tête fœtale.

Le maxillaire inférieur, dont les deux tables, princi-

palement l'externe, sont progressivement amincies, paraît « soufflé » et arrive à donner la sensation de crépitation parcheminée. La coque osseuse peut même disparaître complètement et laisser à nu la membrane bleuâtre d'une cavité kystique.

A la coupe, on constate que la masse, irrégulière et bosselée, présente deux ou trois grandes cavités kystiques qui communiquent entre elles et sont entourées d'un assez grand nombre de logettes. Ces cavités, parcourues par des travées osseuses, sont tapissées par une membrane bleuâtre, vasculaire, plutôt mince et contiennent un liquide jaunâtre ou brun, filant, parfois très visqueux, gélatineux; on peut également y trouver soit des tissus dentaires amorphes, soit des dents plus ou moins rudimentaires.

L'examen microscopique montre que les tumeurs kystiques présentent « un revêtement épithélial de type adamantin, ou, quelque part dans leur stroma, des vestiges ayant subi la différenciation adamantine ».

« Cette différenciation adamantine est caractérisée par des tissus rappelant les éléments embryonnaires de l'émail : un épithélium cylindrique palissadique à type d'adamantoblastes, revêtant un réticulum de cellules étoilées rappelant celles de la pulpe de l'émail ».
(Rossert).

Cliniquement l'adamantinome polykystique se présente au maxillaire inférieur sous la forme d'une tumeur volumineuse, qui peut déformer considérablement la face. Le début est lent, insidieux, indolore ;

peu ou pas de signes fonctionnels, pas de lésion du nerf dentaire inférieur. On constate fréquemment l'ébranlement des dents sus-jacentes, puis leur chute. Les téguments sont distendus, mais normaux, et il n'existe pas d'adénopathie, à moins d'infection secondaire, ni d'atteinte de l'état général.

La palpation de la tumeur, irrégulière et bosselée, peut orienter franchement le diagnostic. Suivant le degré d'usure du maxillaire inférieur par les kystes, on perçoit ici une consistance osseuse, là de la crépitation parcheminée, ailleurs une sensation de fluctuation.

A l'examen endo-buccal, on découvre une région vestibulaire envahie ; l'os apparaît élargi, comme soufflé, par écartement de ses deux tables. Dans certains cas, une fistule existe. Ces fistules revêtent généralement un aspect particulier et présentent des bourgeons de couleur rouge vif ; il s'en écoule un liquide séreux ou séro-purulent. Un stylet ne donne pas le contact osseux, mais une sensation de tissu mou relativement épais.

L'examen doit se compléter par la ponction, la radiographie et la biopsie.

La ponction ramène un liquide épais, filant, jaunâtre ou teinté de sang. Elle est impossible lorsque les loges kystiques sont profondément situées.

La radiographie donne « une image avant tout géodique ; mais elle n'est pas uniforme, parce qu'elle dépend : du volume des géodes, de leur nature, de l'importance du tissu tumoral interkystique et du mode de réaction de l'os, de la disposition des cavités kystiques

dans la tumeur et par conséquent de la façon dont elles se projettent sur le film ». On peut obtenir soit une image de kyste uniloculaire, soit une image aréolaire en nid d'abeilles, soit une image multiglobulaire en « bulbes de savon » (C. Ruppe).

La biopsie confirme le diagnostic de kyste adamantin par la présence de tissus rappelant les éléments embryonnaires de la dent.

Tel est l'aspect habituel de l'épithélioma adamantin polykystique. Son évolution est lente, progressive et se compte par années; la tumeur s'étend petit à petit et arrive à envahir parfois la presque totalité de la branche montante, le coroné, rarement le condyle. Le volume atteint peut être considérable et être une cause de gêne de la mastication et de la déglutition. Le pronostic serait en somme celui d'une tumeur bénigne si les récives d'une part, la possibilité de dégénérescence d'autre part n'apportaient quelques réserves à ce pronostic. C'est ce que nous envisagerons dans un prochain chapitre.

Le diagnostic, dans les cas typiques, offre en général peu de difficultés. C'est surtout avec une tumeur maligne, soit un épithélioma, soit un sarcome, que l'on peut hésiter. Dans l'épithélioma, cancer de la muqueuse gingivale propagé à l'os, il existe, toujours et d'une façon précoce, une adénopathie sous-maxillaire ou carotidienne. Quant au sarcome central, son diagnostic différentiel est plus difficile, car, à moins d'infection secondaire, il n'existe pas d'adénopathie. Une radiographie est indispensable et signe la maladie. Il faut également avoir recours à la biopsie.

LES EPITHELIOMAS ADAMANTINS

L'épithélioma adamantin (tumeur adamantine, adamantinome solide), est une tumeur très voisine de l'adamantinome kystique. Les travaux de Malassez ont établi que l'épithélioma adamantin trouvait son origine dans une prolifération des débris épithéliaux paradentaires. Les causes qui déterminent cette prolifération restent inconnues; l'on a incriminé le traumatisme, la carie dentaire, l'inflammation chronique.

L'épithélioma adamantin est une tumeur rare, beaucoup plus rare que l'adamantinome kystique. On le rencontre à tout âge, plus souvent chez la femme que chez l'homme; son siège de prédilection est le maxillaire inférieur, dans la région molaire. Le maxillaire supérieur est exceptionnellement atteint (14 cas dans la thèse de Lecourt).

A la coupe, on trouve soit un tissu ferme, blanchâtre, d'aspect fibreux, soit, au contraire, une masse molle, d'aspect rosé, gélatineuse. Parfois la tumeur est parcourue par des travées osseuses.

L'examen microscopique révèle la présence, dans une trame fibreuse plus ou moins dense, d'amas épithéliaux à type adamantin dont les aspects un peu dif-

férents suivant les cas et les points d'une même tumeur, reproduisent toujours exactement un des stades de l'évolution embryonnaire des dents.

Les amas épithéliaux peuvent présenter 3 aspects différents : « tantôt ils sont constitués par des cellules polyédriques peu différenciées formant des cordons irréguliers ou des amas arrondis rappelant l'aspect du carcinome (type de la lame épithéliale de l'embryon); tantôt ils se disposent en cordons anastomosés formés d'une ou deux rangées de cellules cylindriques, régulièrement implantées sur la membrane conjonctive, et terminés par des renflements renfermant des cellules polyédriques ou étoilées (types des cordons folliculaires); tantôt enfin des amas cellulaires plus volumineux sont successivement constitués de dehors en dedans, par une couche de cellules cylindriques assez hautes, deux ou trois couches de cellules aplaties, au centre, des cellules étoilées anastomosées par leurs prolongements (type de l'organe adamantin) ».

« Parfois les éléments dentaires embryonnaires, qui constituent la tumeur, arrivent à un plus haut degré de différenciation et l'on voit apparaître les tissus caractéristiques de la dent complètement développée, ivoire et émail ». (Lenormant).

La symptomatologie de l'épithélioma adamantin ressemble beaucoup à celle du kyste multiloculaire. Même évolution intra-osseuse lente, insidieuse, indolore, qui se manifeste par l'apparition d'une tuméfaction du maxillaire inférieur dans la région de

l'angle; cette tuméfaction augmente progressivement, surtout du côté de la branche horizontale, et les dents correspondantes sont ébranlées et tombent.

La face se déforme peu à peu. La gencive, la peau sont de coloration normale; toutefois la muqueuse peut s'ulcérer parce qu'elle peut être traumatisée par les dents antagonistes, ce qui donne lieu à un suintement fétide et à de petites hémorragies.

A la palpation, on perçoit une masse faisant corps avec le maxillaire et présentant des bosselures irrégulières et de consistance variable. « Pendant longtemps on ne perçoit que la consistance de l'os qui lui forme une coque; plus tard, cette coque amincie et dépressible au doigt donne la sensation dite parcheminée; enfin tardivement, quand la tumeur arrive au contact de la muqueuse gingivale, les bosselures devenues accessibles à la palpation sont en général fermes, rénitentes ». (Lecourt). On ne sent pas de ganglion, sauf après ulcération et infection. Pas d'anesthésie dans le territoire du nerf mentonnier.

La radiographie donne une image de destruction osseuse dont les bords sont moins réguliers que ceux d'un kyste. Une ponction pratiquée resterait blanche ou ne donnerait que du sang.

L'état général du malade reste bon. Très tardivement, quand la tumeur a atteint un volume considérable, on observe des troubles de la mastication, de la déglutition, troubles qui peuvent retentir sur l'état général. L'évolution, qui est très lente et se chiffre par années (5, 9, 18 ans par exemple) peut s'accélérer tout

d'un coup et la tumeur augmente brusquement de volume. L'évolution des tumeurs solides paraît plus rapide que celle des tumeurs liquides.

Le diagnostic de l'épithélioma adamantin doit s'aider de la radiographie et de la ponction. Il pose le problème des tumeurs osseuses à marche lente : les différentes variétés de kystes, les tumeurs à myéloplaxes, les tumeurs bénignes. Certains cancers à évolution très lente pourront simuler l'épithélioma adamantin par l'absence d'adénopathie et l'intégrité de l'état général. Un examen microscopique sera nécessaire.

FORMES MIXTES

Lépithélioma adamantin et le grand kyste multiloculaire sont inséparables cliniquement et sont étroitement reliés entre eux, comme l'explique l'embryologie. Entre ces deux sortes de tumeurs, aucune séparation franche ne devrait être établie, puisqu'elles sont de même nature et que toutes les formes de passage peuvent s'observer.

En effet, entre ces deux variétés extrêmes solide et kystique, existent des tumeurs mi-kystiques, mi-solides où les kystes voisinent avec les parties fermes. La partie solide peut être nettement prédominante et l'élément kystique insignifiant, découvert seulement à l'opération; l'inverse existe également.

La transformation d'une variété en une autre, sous forme de récidue, s'observe aussi fréquemment et une exérèse incomplète semble déclancher le passage de la tumeur d'un type à un autre. Tous ces faits établissent l'étroite parenté unissant toutes les tumeurs dérivées de la lignée odontoformatrice.

Une ponction permet souvent d'affirmer le diagnostic.

LES RECIDIVES. LES DEGENERESCENCES

Les adamantinomes kystiques ou solides sont des tumeurs bénignes. Il faut toutefois apporter quelques réserves à leur bénignité du fait des récidives d'une part, des dégénérescences d'autre part.

Les récidives locales sont extrêmement fréquentes. Les malades subissent souvent plusieurs opérations et les observations à ce sujet ne sont pas rares : c'est ainsi que Gernez et Surmont ont rapporté un cas d'adamantinome dont l'évolution lente, et localement envahissante, avait nécessité des interventions répétées échelonnées de 1921 à 1928, la dernière entraînant la résection presque complète du corps du maxillaire inférieur.

Ces récidives peuvent avoir des conséquences graves : ulcérations chroniques de la joue et troubles septiques qui peuvent être mortels. Lecène a rapporté deux cas d'adamantinomes sur lesquels plusieurs interventions furent pratiquées. Les deux malades succombèrent 18 mois après d'infection chronique.

La fréquence des récidives peut dépendre de la nature de la tumeur ou d'une exérèse incomplète.

La nature de la tumeur intervient certainement dans les récides. C'est ainsi que l'adamantinome kystique est susceptible de récidiver, alors que l'adamantinome solide dentifié ne récidive jamais. « La malignité locale de la tumeur est d'autant plus grande que l'épithélium qui la constitue est plus jeune et plus actif ». (Chompret et Dechaume). Coryllos, reprenant les idées de Malassez, écrit : « Les tumeurs formées exclusivement de tissus adamantins adultes, croissent très lentement et récidivent peu ou pas, même après ablation incomplète; au contraire, les tumeurs formées de cellules atypiques se développent très rapidement et récidivent toujours quand l'excérèse n'est pas large et complète ». L'examen histologique a donc une grande importance.

L'excérèse doit être complète et ne doit pas abandonner in situ quelques éléments tumoraux qui seraient le point de départ d'une récidive; il y aurait alors une continuation évolutive. Senèque relate une telle récidive et écrit : « Il ne s'est donc jamais agi de récidive, mais simplement de continuité dans l'évolution d'une tumeur insuffisamment extirpée. » Cette extirpation serait plus facile à réaliser pour les adamantinomes kystiques que pour les épithéliomas adamantins solides.

Une extirpation incomplète peut être non seulement la cause d'une récidive, mais semble parfois déclencher la transformation de la tumeur, son passage d'un type à un autre, sa métaplasie, phénomène qui traduit

l'étroite parenté unissant toutes les tumeurs dérivées de la lignée odontoformatrice.

C'est ce que nous constatons dans les observations I et II. La radiographie nous montre dans un cas le passage d'un kyste simple au grand kyste multiloculaire. Dans l'autre cas, la radiographie et l'anatomie pathologique révèlent la transformation d'un kyste coronodentaire en cette tumeur mixte où voisinent les lobes pleins de l'épithélioma adamantin et les lobes liquides de l'adamantinome kystique.

Santy a pu observer la récurrence métaplasique 6 ans après la résection, d'un épithélioma adamantin solide de la mandibule. Il s'agissait d'une malade de 54 ans, à laquelle il fit, en 1924, une ablation partielle, puis une hémirésection typique du maxillaire inférieur. Après 4 ans de guérison, une récurrence survint au niveau de la symphyse mentonnière ; et ce n'est que deux ans après que la malade se décida à une nouvelle intervention. La récurrence s'était produite sous forme polykystique, alors que la première fois la tumeur était compacte et charnue.

Si les récurrences locales sont fréquentes, la généralisation et les métastases sont exceptionnelles.

Parker rapporta un cas de généralisation d'une tumeur adamantine : on aurait retrouvé des cellules adamantines dans les ganglions thoraciques. Un malade de Heath présenta une généralisation avec une métastase dans le deltoïde droit et une dans l'os iliaque. Simmons a signalé également deux cas de métastases.

La dégénérescence des adamantinomes est très rare. A titre exceptionnel, on enregistre une dégénérescence épithéliale ou sarcomateuse.

La transformation maligne des éléments épithéliaux a fait l'objet de plusieurs observations. C'est ainsi que Ardoin a pu observer une transformation cylindromateuse. Il s'agissait d'une tumeur, apparue à la suite de l'extraction d'une molaire, et dont l'évolution dura deux ans. L'examen histologique montra qu'il y avait juxtaposition de deux évolutions, adamantinoïde et surtout cylindromateuse.

Il en était de même dans l'observation de Gernez et Surmont, que nous avons citée précédemment : histologiquement on avait un adamantinome typique, mais présentant des zones étendues cylindromateuses.

Dans l'observation de Bercher et Grandclaude, la tumeur qui était d'abord purement adamantine, a subi une dégénérescence baso-cellulaire, d'allure cylindromateuse. « Il s'agit là d'une dédifférenciation, d'un retour vers la forme malpighienne ancestrale ».

Bozo et Lattès ont rapporté un cas d'épithélioma adamantin avec dégénérescence cylindromateuse. « Cette pièce nous a paru intéressante par le fait de sa double évolution, assez peu adamantinoïde, surtout cylindromateuse, avec persistance des éléments conjunctivo-vasculaires ». « Il est vraisemblable qu'il faut rattacher le point de départ de cette tumeur aux débris paradentaires. »

Les adamantinomes peuvent dégénérer par leur trame conjonctive sous forme de sarcome. Ce fut le cas de la tumeur du malade de Heath. Rossert, dans sa thèse, relate le cas d'un malade, dont la tumeur polykystique, après avoir été opérée, récidiva 4 ans après. On trouva « sur la même pièce, voisinant avec des kystes typiques, une partie dure, solide, suspecte. L'examen histologique précise la dégénérescence cancéreuse manifeste de toute cette partie solide, à côté de kystes à paroi adamantine ».

La fréquence des récidives d'une part, la possibilité d'une dégénérescence épithéliale ou sarcomateuse, d'autre part, donnent donc un caractère de malignité locale aux adamantinomes. Pour Delater, l'épithélioma adamantin doit être considéré comme un état précancéreux. On doit donc apporter des réserves à la bénignité du pronostic et surtout faire tout son possible pour que l'exérèse de la tumeur soit complète.

TRAITEMENT

Le traitement des adamantinomes est pour ainsi dire uniquement chirurgical (la radiothérapie peut rendre toutefois quelques services).

Nous aurons surtout en vue le traitement des tumeurs adultes, ayant atteint un volume considérable.

L'anesthésie locale et régionale est peu employée et semble moins indiquée que l'anesthésie générale.

Le traitement chirurgical le plus usité actuellement est la résection du maxillaire inférieur, résection passant à distance des lésions, en os sain.

Avant d'étudier ce traitement, nous envisageons d'abord les conséquences fonctionnelles d'une résection, et, comme corollaire, l'appareillage des résections qui doit marcher de pair avec le traitement chirurgical.

Les conséquences fonctionnelles d'une résection sont importantes et varient avec le siège et l'étendue de cette résection.

La résection de la branche montante et de la partie postérieure de la branche horizontale n'allant pas plus loin que la canine n'entraîne généralement pas, dit Ruppe, trop de perturbations. A la condition cepen-

dant que les arcades dentaires soient à peu près au complet.

Après une héli-résection, l'opéré devient un véritable infirme, car le fragment restant de la mandibule est attiré du côté réséqué par les brides fibreuses et se tord plus ou moins sur son axe, si bien que les dents viennent mordre le palais.

La résection de la portion antérieure de la mandibule est très grave et donne la « mâchoire de serpent ». Il faut de bons piliers dentaires postérieurs pour pouvoir établir une prothèse rationnelle.

Les résections importantes que nous venons de voir ne sont pas les seules à avoir des conséquences fonctionnelles fâcheuses. En effet, même dans la résection réduite, il se produit toujours une diminution importante de la force masticatoire et un déséquilibre de l'articulation temporo-maxillaire, déséquilibre pouvant provoquer des phénomènes d'arthrite.

Le traitement prothétique doit être pré-opératoire, il peut être immédiat ou tardif.

1° On doit toujours établir une prothèse pré-opératoire lorsque l'on craint une rupture de la continuité de la mandibule ou, à plus forte raison, lorsqu'on va exécuter une résection. Gérard Maurel écrit : « Ici, cette prothèse pré-opératoire n'est plus un luxe, c'est une véritable nécessité. Cette nécessité résulte du fait qu'il y aura indubitablement et volontairement résection du maxillaire inférieur. »

L'appareillage est conçu en vue d'éviter le déplacement secondaire des fragments. Il empêche en même temps la rétraction de la cicatrice.

Il existe plusieurs classes d'appareils :

a) Un appareil-guide, qui agit « grâce à la présence d'ailettes solidarisées avec la mâchoire supérieure, et qui, dans l'occlusion, servent de conductrices aux fragments mandibulaires ».

b) Un appareil inter-maxillaire, dit à loquet, qui peut bloquer les deux arcades en état d'occlusion. Il se compose d'une gouttière au maxillaire supérieur, d'une autre au maxillaire inférieur. Un dispositif, qui porte le nom de loquet permet d'immobiliser en bouche bloquée.

c) Un appareil simple composé de deux attelles vestibulaires en demi-jonc avec ligature ou traction intermaxillaire, utilisable dans les résections peu étendues.

2) L'appareillage immédiat de Claude Martin : on remplace l'os enlevé par un appareil fixé aux fragments osseux. Cette prothèse est complètement abandonnée.

3) L'appareillage tardif est définitif et succède à une prothèse pré-opératoire. Cet appareillage dépend beaucoup de l'état de la denture. Il faut employer un appareil mobile reposant sur la bride cicatricielle, et ancré aussi solidement que possible sur les dents conservées. A la longue, il se produit d'ailleurs fréquem-

ment un ébranlement des dents d'ancrage. Et si ces dents viennent à disparaître, l'infirmité du malade subit une aggravation considérable, ce qui assombrit le pronostic fonctionnel lointain des résections, même réduites, du maxillaire inférieur.

Envisageons maintenant le traitement chirurgical. L'intervention habituelle consiste actuellement à faire une résection, par voie endo-buccale ou par voie externe, à la demande des lésions ou en dépassant les limites de l'adamantinome, en tissu sain.

La voie endo-buccale, qui ne donne pas de cicatrice, exige une grande habileté. Le chirurgien voit très mal le champ opératoire et s'expose ainsi à laisser quelques petits kystes, sources de récidives. La voie externe semble donc préférable à tous les points de vue.

La résection doit être faite en tissu sain au marteau et à la gouge. Il faut s'efforcer de conserver autant que faire se peut une bandelette osseuse sur le bord basilaire de la branche horizontale afin de garder sa continuité à l'arc mandibulaire (Rossert, Chemin).

G. Maurel est partisan de la résection segmentaire totale, et écrit : « Je pratique la résection du maxillaire inférieur en passant à distance des lésions; en avant, habituellement, dans la région des prémolaires suivant naturellement l'étendue des lésions, en arrière on arrive soit vers l'articulation temporo-maxillaire, soit au niveau même de celle-ci. C'est naturellement par la voie externe qu'on aborde les lésions par une incision sous-maxillaire, et l'on tombe sur la tumeur

elle-même. Il est difficile ou presque impossible d'employer la scie de Gigli pour la résection elle-même, et l'on doit utiliser le costatome ou la pince-gouge ».

« Il n'est pas ici, comme dans les cancers, absolument indispensable de ne pas toucher la lésion elle-même, car le danger d'essaimage est beaucoup moins important ».

« On suture presque complètement en laissant un petit drainage vers la voie externe qu'on retire au bout de quelques jours; la cicatrisation se fait en cinq ou six semaines et ne présente rien de particulier ».

Le malade est appareillé avec un appareil à loquet.

En présence des résultats mutilants, des interventions chirurgicales et des récidives fréquentes, il était intéressant de chercher à connaître si les adamantinomes étaient sensibles ou non à la radiothérapie.

En 1926, Pichler faisait remarquer l'action bienfaisante des rayons X.

En 1929, Lecourt pense que ces tumeurs sont radio-résistantes et qu'il ne faut appliquer la curiethérapie qu'aux cas douteux.

De même Rossert, dans sa thèse, écrit que la radiothérapie « ne semble indiquée, comme complément opératoire, qu'aux tumeurs présentant une dégénérescence, le traitement des grands kystes adamantins restant uniquement chirurgical ».

En 1930, Bercher et Grandclaude présentent une tumeur adamantine du maxillaire inférieur, qui s'est

amélioré indubitablement par la curiethérapie; mais, comme ces auteurs l'écrivent, « cela tient peut-être au caractère atypique qu'ont pris les éléments de la tumeur devenus, dans leur forme baso-cellulaire, plus radio-sensibles ». Dans cette observation, le fait le plus intéressant, c'est l'amélioration incontestable obtenue par les applications de radium au lieu de la résection mutilante pratiquée ordinairement. La coque osseuse, jadis éclatée, s'est reconstituée : la curiethérapie était donc bien indiquée dans ce cas.

Ch. Ruppe a étudié la question et a mis au point les indications de la radiothérapie, lesquelles « semblent devoir se poser de la manière suivante, avec tout l'indéterminé que comporte encore ces questions ».

a) Les radiations ne peuvent évidemment rien contre les formations liquides.

b) La radio-sensibilité de la lignée adamantine nous est encore mal connue. Dans l'ensemble, Lacassagne et Pierquin, nous écrivent que les rares adamantinomes qu'ils ont eu à traiter se sont comportés comme des tumeurs sensibles et radio-curables.

c) Dans les transformations cylindromateuses, les radiations sont inopérantes.

d) La transformation maligne bénéficie de la radiothérapie suivant la variation de radio-sensibilité propre à chaque formule histologique tumorale.

e) Enfin, il faut tenir compte de la proximité de l'os et par conséquent de la possibilité d'un accident

d'ostéo-radio-nécrose. Ces faits devront toujours être tenus en considération dans les indications thérapeutiques.

Dans les adamantinomes kystiques, l'intervention nous apparaît donc devoir conserver tous ses droits. La radiothérapie est une arme complémentaire qui sera judicieusement utilisée pour éviter les récidives ». (Ch. Ruppe).

Ainsi donc, c'est surtout à la chirurgie qu'il faudra avoir recours. Mais la résection de la mandibule est une opération grave, laissant derrière elle une incapacité sérieuse de mastication, de nutrition, entraînant une déviation du maxillaire inférieur, causant un préjudice esthétique certain, et certains auteurs pensent que la résection peut être fréquemment évitée, même avec des lésions très étendues et sans augmenter les chances de récurrence. Ils s'élèvent en particulier contre la résection systématique telle que la conseille G. Maurel. Ils préconisent au contraire des interventions économiques, conservatrices, tendant à garder si possible la continuité de l'arc mandibulaire.

Les trois observations qui suivent vont prouver que, dans un grand nombre de cas, cette thérapeutique conservatrice est justifiée.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I (*inédite*)

(Docteurs Labeyrie, Ertaud et Landais, de Nantes)

M. M., 40 ans. — En 1917, apparition d'une tuméfaction occupant la partie la plus reculée de l'arc mandibulaire du côté gauche. Aucune douleur, aucun signe objectif n'accompagnent le développement de la tumeur qui devient apparente extérieurement dans la région angulo-maxillaire et massétérine.

Deux radiographies pratiquées en décembre 1919, l'une en maxillaire défilé, l'autre en face-plaque, montrent :

Une dent de sagesse incluse, implantée obliquement sur l'angle mandibulaire, la couronne plongeant dans une énorme cavité kystique qui occupe toute la branche montante et les deux-tiers de la branche horizontale. Il ne reste du maxillaire qu'une mince coque soutenue de place en place par un arc-boutant assez mince qui semble cloisonner le kyste. On peut donc se demander s'il s'agit d'un kyste dentifère, comme l'a écrit le radiographe, ou d'un grand kyste adamantin pauciloculaire ; l'un comme l'autre dérivant

d'un germe dentaire et pouvant comprendre dans sa masse la dent causale.

La malade est opérée une première fois le 6 septembre 1920. Une incision cutanée pratiquée sur l'angle du maxillaire permet l'extirpation de la dent incluse, et d'une partie de la poche kystique dont le contenu est constitué par un liquide clair non infecté.

Une fistule persiste après l'opération. Le contenu du kyste devient purulent. Une seconde opération doit avoir lieu le 22 octobre 1920. Toujours par voie externe on pratique l'exérèse du reste de la poche kystique. Et cette fois la cicatrisation est obtenue en un mois.

Mais un an après, à la fin de 1921, une nouvelle tuméfaction apparaît dans le vestibule en regard de la première molaire. Tous les deux ou trois mois, la tumeur s'ouvre et laisse échapper un liquide visqueux, amer, non purulent.

Cette situation se prolonge jusqu'en 1925, où l'état de la mandibule est contrôlé radiographiquement. Cette fois, l'aspect aérolaire, multiloculaire de la tumeur est évident, aussi bien sur le film en maxillaire défilé que sur celui en vertex-menton-plaque.

Cet examen n'est suivi d'aucune sanction thérapeutique et l'état du malade reste stationnaire jusqu'à la fin de 1929. La tuméfaction vestibulaire devient alors plus volumineuse, s'ulcère par moment, et donne lieu à de petites hémorragies.

En janvier 1930, une radiographie montre une atteinte plus étendue de la branche horizontale et la

disparition de l'aspect polykystique. La tumeur continue d'augmenter lentement, sans douleur, avec de temps en temps un épisode hémorragique jusqu'à la fin de 1931.

A cette époque, la situation est la suivante. La face porte en avant du tragus et en arrière de l'angle les cicatrices des interventions antérieures; elle est déformée et soulevée par la tumeur au-dessus de la région angulo-maxillaire.

La tumeur s'étend de la canine jusqu'à la portion accessible de la branche montante, donnant ici la sensation de balle de celluloid, là une fluctuation nette, ailleurs la résistance d'un tissu charnu. La table interne est peu déformée, tandis que du côté vestibulaire, il est impossible de trouver une limite à la tumeur qui se confond avec la paroi jugale.

Dans la région molaire, la muqueuse est ulcérée, bourgeonnante en un point où a été effectué récemment une biopsie.

Il n'y a pas de ganglion sous-maxillaire ou cervical perceptible et la sensibilité mentonnière est intacte.

De nouvelles radiographies en maxillaire défilé montrent, contrairement à celles pratiquées un an plus tôt, la persistance de l'aspect multiloculaire. (Planche D).

Trois films intrabuccaux permettent de préciser la texture de la tumeur, et les rapports des canines et prémolaires gauches avec son pôle antérieur. Il est d'ailleurs indispensable de connaître ces rapports pour établir un appareillage préparatoire. L'étude des

radiographies laisse en effet bien peu d'espoir d'éviter une fracture opératoire; on se demande même s'il ne sera pas nécessaire, s'il ne serait pas préférable de pratiquer délibérément une résection plus ou moins atypique du maxillaire à la demande des lésions. L'examen histologique a montré, en effet, qu'il s'agissait d'un adamantinome contenant à la fois des loges kystiques et des noyaux d'épithélioma adamantin. La coupe présentait des cordons anastomosés. A la périphérie de chaque cordon, cellules géantes, palissadiques, du type adamantoblaste. Au centre, cellules en liquéfaction prenant une forme étoilée. Rares travées avec globes épidermiques. Tissu conjonctif fibreux ou fibrillaire.

Le 21 janvier 1932, la canine et la première prémolaire sont extraites et des empreintes au plâtre des deux maxillaires ont été prises quelques jours plus tôt. Sur les modèles, amputés de la canine et de la prémolaire, deux gouttières en argent coulé avec verrou et guide vestibulaire, ont été construites. La gouttière supérieure est scellée le 22 janvier, et l'intervention a lieu le lendemain.

Une incision suit le bord inférieur de la mandibule depuis le lobule de l'oreille jusqu'à la partie antérieure de la tumeur. La partie la plus difficile de l'intervention consiste à séparer la tumeur des tissus mous de la joue. Ce premier temps met à nu le bord basilaire de la mandibule constitué par une mince baguette osseuse. La table externe n'existe pour ainsi dire plus. Au décolleur mousse, à la curette, les masses

tumorales sont méthodiquement séparées de l'os, en commençant par la région canine. On poursuit en arrière, puis dans la branche montante, jusqu'au col du condyle, la décortication de la tumeur. Le bord postérieur de la branche montante, creusé de multiples logettes, perforé en certains endroits, est d'une extrême fragilité.

Après exérèse de la tumeur, toute la cavité est asséchée et explorée point par point; la curette supprime tout ce qui n'est pas de l'os sain et résistant. Et l'on termine en abattant à la pince gouge le bord tranchant de la table interne sur la branche horizontale. Cette table interne est réduite à l'état de lame papyracée.

La cavité buccale communique avec l'extérieur par une large brèche. La muqueuse est suturée face cruenta contre face cruenta, et la cavité osseuse est bourrée d'une mèche de gaze iodoformée. La peau est suturée très soigneusement avec des crins fins, en ménageant dans la région de l'angle un orifice par où sort l'extrémité de la mèche.

Les suites opératoires furent très simples. Le suintement sanguin fut insignifiant, la mèche fut supprimée au bout de 48 heures. Le huitième jour, la plaie est décousue et le malade sort de la clinique. On n'a pas eu à utiliser l'appareillage préparé, aucune fracture ou déviation mandibulaire ne s'étant produite.

Par contre, la suture muqueuse se désunit partiellement dans la trigone rétromolaire. La réparation de cette brèche se fait par bourgeonnement.

Radiographie du 5 juin 1933 (planche II). — Montre les progrès considérables de l'ossification qui a reconstruit en grande partie un maxillaire. La table interne est notablement épaissie ; le bord basilaire est large, épais, et donne au maxillaire avec la table interne une forme en berceau. Aucune trace de récédive.

Le maxillaire a actuellement repris sa solidité.

OBSERVATION II (*inédite*)

(Docteur Landais, de Nantes)

M. C., 55 ans. — Vers le milieu de 1912 apparut une tuméfaction sous-angulo-maxillaire gauche avec trismus et douleurs vives, qui se prolongea plusieurs mois avec des accalmies.

En octobre 1912, sous anesthésie générale, après ouverture forcée de la bouche, on extrait une ou deux dents (prémolaire au molaire ?) et l'on fait un débridement vestibulaire au thermocautère. Une amélioration se produit. Une molaire (dent de sagesse ?) aurait alors fait son éruption.

En juillet 1913, pendant 48 heures, la région devient à nouveau douloureuse ; mais tout rentre dans l'ordre spontanément.

Aucune manifestation pendant la guerre.

Au cours de l'été 1919, ostéophlegmon sur une grosse molaire gauche qui est extraite ?

Au début de 1924 apparait une nouvelle collection suppurée sous-angulo-maxillaire qui, après incision cutanée, suppure très longtemps.

Nouveaux accidents pendant l'été 1924, avec déformation de la région massétérine. Une ponction évacuatrice par voie buccale ramène un liquide jaune clair. Le calme renaît pour 15 jours; puis, les symptômes se reproduisent, et bientôt par l'ancienne cicatrice cutanée se fait jour une collection purulente volumineuse.

Une radiographie est pratiquée qui montre la branche montante creusée d'une vaste poche kystique à la partie antéro-inférieure de laquelle se voit une molaire horizontale.

Malheureusement le kyste reste complètement méconnu du radiographe comme du dentiste et le diagnostic de dent de sagesse incluse simple est porté.

L'extraction, pratiquée sous anesthésie locale, fut, aux dires du malade, extrêmement longue et laborieuse. Bien qu'elle ne fut accompagnée d'aucun curettage, elle amena la disparition des accidents infectieux. La région massétérine et angulo-maxillaire resta déformée, mais le calme régna jusqu'au début de 1932.

Le malade alors éprouva une sensation de plénitude et de tension de la joue. De petits abcès s'ouvrirent de temps en temps dans la région molaire qui est déformée. La gêne occasionnée par la pression des molaires sur la tumeur oblige le malade à garder la

bouche entr'ouverte et déviée. Depuis des années l'ouverture buccale est très réduite.

Au début d'octobre 1932, éclatent des accidents infectieux aigus avec brusque accroissement de la tumeur. Une fistulisation dans le trigone rétromolaire amène une sédation des phénomènes douloureux et inflammatoires.

Une radiographie en maxillaire défilé est pratiquée. La branche montante et la moitié de la branche horizontale gauche, sont creusées de multiples loges kystiques, les unes très vastes, les autres plus petites. Il s'agit évidemment d'un kyste multiloculaire. C'est alors que le malade est examiné.

La face est déformée par une tuméfaction ferme qui soulève toute la région massétérine, et la partie inférieure de la paroi jugale. Les téguments commencent à rougir dans la région angulo-maxillaire autour de la cicatrice d'incision ancienne. La pression y est très douloureuse. Il n'y a pas de ganglion, ni d'anesthésie mentonnière. L'ouverture buccale est réduite à 14 millimètres. Dans l'ouverture la mandibule se dévie vers la gauche d'une dent et demie.

Le vestibule est comblé par une tumeur résistante, mais dépressible sans crépitation, impossible à isoler de la paroi jugale. La face antérieure de la branche montante, élargie, déformée, offre la même consistance. A sa partie inférieure siège une fistule qui donne accès sur une cavité buccale bourrée de matière grumeleuse et fétide.

De nouvelles radiographies sont prises sous des

incidences différentes : elles précisent l'étendue et la forme de la masse polykystique. (Planche III).

Elles montrent la ténuité du bord postérieur de la branche montante. Qu'en restera-t-il après l'intervention ? Le col condylien lui-même est complètement creusé par la tumeur.

Un appareillage préparatoire s'impose.

L'empreinte du maxillaire supérieur est prise dans de bonnes conditions. Mais, le lendemain, quand on veut prendre celle du maxillaire inférieur le trismus a augmenté, et l'on doit se borner à l'empreinte des faces vestibulaires de l'arcade, empreinte insuffisante pour la construction d'une gouttière. Il faut donc changer le mode d'appareillage. On prépare très soigneusement sur le modèle et on termine en bouche 2 attelles vestibulaires demi-jonc en Wipla. Elles serviront, le cas échéant, à un blocage bi-maxillaire, ou à une traction élastique inter-maxillaire.

Les attelles furent mises en place et l'intervention eut lieu le 28 novembre 1932 sous anesthésie générale. L'isolement du côté jugal fut laborieux ; il en fut de même dans la région du coroné et de l'échancre sigmoïde. Il fallut sculpter la tumeur au ciseau dans les tissus mous au milieu desquels elle était infiltrée ; en particulier il fallut la poursuivre en plein muscle temporal, le coroné ayant complètement disparu, et dans le col du condyle, jusqu'à la base du condyle lui-même.

Vaisseaux et nerf dentaire inférieurs, enfouis dans la tumeur durent être sectionnés.

Drainage à l'angle pendant quelques jours.

Une radiographie montre ce qu'il restait du maxillaire après l'opération : un col du condyle complètement évidé, un bord postérieur réduit à une mince bandelette osseuse.

Aucune fracture ne s'étant produite, l'appareillage n'eut pas à servir.

Mais, après une phase de trismus intense avec gêne à la déglutition et salivation abondante, un suintement séro-purulent persista par l'orifice du drainage cutané.

Brusquement, dans la nuit du 5 au 6 janvier 1933, au cours d'un voyage, le malade dont l'état était très amélioré, fut repris de douleurs avec trismus et fluxion jugale considérable.

Le 8, une émission de pus très liquide, jaune clair, lui amena une sédation des symptômes.

Le 10, l'écoulement est peu abondant, séreux, ressemblant à de la salive. La tuméfaction dessine exactement les contours de la parotide. L'orifice du canal de Sténon est rouge. Il s'agit d'une poussée de parotidite aiguë. Des pansements humides modérément compressifs en viennent facilement à bout, et la fistule cutanée se ferme sans autre traitement, le 29 janvier.

Depuis, la guérison s'est maintenue. Une radiographie récente montre une régénération considérable du maxillaire (planche IV). Le malade garde cependant comme séquelle de son opération une anesthésie de la région mentonnière et une limitation de l'ouver-

ture buccale qui n'atteint que 23 millimètres, ce qui constitue cependant une amélioration notable sur son état antérieur.

OBSERVATION III

(Docteur Piquet, de Lille)

*(Communication à la Société de Laryngologie
des Hôpitaux de Paris, novembre 1932).*

M. X., 42 ans. — Les premiers symptômes auraient fait leur apparition il y a environ deux ans. En mangeant, le malade ressent une légère douleur dans la moitié droite du maxillaire inférieur. Cette douleur persiste toute la journée, puis disparaît. Un peu plus tard, il remarque que la moitié droite de la mâchoire inférieure paraît un peu augmentée de volume et cette tuméfaction est surtout immédiatement en avant de la branche montante du maxillaire. La tuméfaction augmente peu à peu de volume, mais très lentement, et la déformation du maxillaire est à peine perceptible extérieurement quand le malade va consulter son médecin. Une radiographie est alors pratiquée et le patient m'est adressé.

Extérieurement, le maxillaire ne paraît pas déformé. Mais dès qu'on écarte la joue avec un abaisse-langue, on constate l'existence d'une tuméfaction diffuse soulevant la gencive externe. En face de la pre-

mière prémolaire il existe une perte de substance osseuse où l'on peut enfoncer l'extrémité de l'index. Une ponction faite à cet endroit permet de retirer un liquide filant, visqueux, de couleur brun verdâtre, et contenant des paillettes brillantes de cholestérine. Les dents sont à peu près au complet dans l'hémimaxillaire inférieur droit. Seule manque la deuxième prémolaire qui a été enlevée pour carie il y a une quinzaine d'années. La palpation de l'os montre que la moitié droite du maxillaire inférieur est épaissie et tuméfiée. La pression ne provoque ni douleur, ni sensation de crépitation parcheminée. A la radiographie, on constate que tout l'hémimaxillaire inférieur droit est creusé d'une vaste cavité, et que seule subsiste une mince coque osseuse. La tache claire commence sur la ligne médiane pour s'étendre jusqu'au voisinage du condyle. Les racines dentaires plongent à l'intérieur de la cavité.

Malgré l'étendue de la cavité kystique et la perte de substance considérable révélée par la radiographie, l'on décide de tenter une intervention conservatrice.

Intervention le 28 janvier. Anesthésie locale à la novocaïne à 1/100 (injection profonde de novocaïne au voisinage du trou ovale et au niveau de l'épine de Spix, et anesthésie des téguments par infiltration).

Incision partant de la symphyse mentonnière et suivant le bord inférieur du maxillaire pour remonter à un travers de doigt au dessus de l'angle du maxillaire. Les parties molles sont détachées et le masseter

désinséré au bistouri. La coque osseuse est réduite à très peu de chose : le bistouri à résection perfore cette corticale amincie et donne issue à du liquide filant, de couleur vert sombre. La brèche est facilement agrandie. L'os n'offre aucune résistance. On se trouve ainsi amené à enlever des fragments d'os qui représentaient toute la corticale externe, le bord inférieur et la plus grande partie de la corticale interne du maxillaire inférieur. L'angle du maxillaire et la partie postérieure de la branche montante n'existent plus : la cavité s'étend jusqu'au voisinage du condyle.

La curette maniée très prudemment enlève des masses noires où se trouvent des paillettes brillantes de cholestérine. L'opération une fois terminée, le maxillaire se trouve réduit à très peu de chose. De sa moitié droite, seuls subsistent : le rebord alvéolaire et une partie de la face interne du corps du maxillaire, la partie antérieure de la branche montante avec l'apophyse coronoïde et le condyle. L'ablation de la partie kystique, réalisée sous le contrôle du miroir de Clar, semble être totale. Les téguments sont suturés aux crins.

La réunion se fait par première intention. Cependant un petit pertuis subsiste au voisinage de l'angle de la mâchoire, laissant écouler d'abord un liquide séro-sanguinolent. Environ huit jours après l'opération, ce liquide devient visqueux et verdâtre, et son abondance augmente progressivement. Pensant qu'un fragment de la tumeur a échappé, l'on décide d'intervenir à nouveau pour compléter le curettage.

Nouvelle intervention, le 12 février, sous anesthésie locale. Après avoir incisé la cicatrice opératoire, on découvre une volumineuse masse polykystique occupant la cavité laissée libre par le curettage de la tumeur primitive entre l'os restant et les parties molles.

Les kystes, serrés les uns contre les autres, ont à peu près la taille de grosses groseilles, et ils ont une coloration vert sombre. Le curettage est fait aussi soigneusement que possible, mais cette fois la plaie est laissée largement ouverte et tamponnée de façon à pouvoir surveiller la plaie opératoire.

Cette précaution n'était pas inutile. Dès le deuxième jour on peut constater que de petits kystes, de la dimension d'une grosse tête d'épingle, font leur apparition : en arrière, dans les parties molles correspondant à l'endroit où se trouvait l'angle du maxillaire, et en avant dans la cavité osseuse qui constituait l'extrême avance de la tumeur. On cautérise ces petites tumeurs au galvano-cautère. Néanmoins de nouvelles récidives se produisent à peu près aux mêmes endroits, et deux fois par semaine des galvano-cautères sont nécessaires. Après 11 séances, la tumeur ne récidive plus. On continue à surveiller la cavité, qui suppure assez abondamment, jusqu'en fin juillet.

Cette cavité n'a aucune tendance à se combler, mais plutôt à s'épidermiser. Malgré la persistance d'une légère suppuration à la partie antérieure de la plaie, on décide de combler la cavité et de reconstituer le maxillaire inférieur par une greffe osseuse.

Troisième intervention, le 21 juillet, sous anesthésie générale. Un greffon long d'environ 10 cm. et de la largeur du petit doigt est prélevé au niveau de la crête tibiale suivant la technique d'Albée. Le greffon est coupé en deux. L'un des fragments est placé verticalement au contact de ce qui reste de la branche montante. L'autre fragment est placé horizontalement sous l'arcade alvéolaire pour reconstituer le corps du maxillaire. Suture des téguments aux crins.

La cicatrisation se fait par première intention sur presque toute l'étendue de la plaie. A sa partie antérieure seulement apparaît un écoulement séro-purulent qui va persister plusieurs semaines et cessera après l'élimination de quelques fragments osseux. En effet, une partie du greffon horizontal s'est nécrosée et éliminée.

Le malade est revu fin octobre. La guérison est complète. Les dents ont été toutes conservées et l'articulé dentaire est normal. La seule modification apportée réside dans un écartement moindre des mâchoires qui, à l'état normal, ne comportent d'ailleurs aucun trouble fonctionnel.

Examen histologique (Prof. Curtis). — Poche formée par une énorme cloison fibreuse dans laquelle sont incluses de petites lamelles d'os, le tout limitant un espace central dans lequel on trouve un épithélium pavimenteux par places, ainsi que des acides gras dissous par l'inclusion. Aucun tissu adamantin. La pièce semble provenir d'un kyste paradentaire.



Nous venons devoir les observations de 3 malades, sur lesquels, au lieu d'interventions mutilantes, obéissant à la crainte des récidives, les chirurgiens ont pu pratiquer des interventions conservatrices tendant à assurer à la mâchoire sa rectitude et sa continuité. L'évidement avec curettage des kystes, la résection partielle avec conservation de la continuité de l'os semblent pouvoir en bien des cas remplacer la résection segmentaire.

Suivant l'étendue des lésions, nous pouvons diviser les épithéliomas adamantins et les kystes multiloculaires en tumeurs peu volumineuses et en tumeurs volumineuses.

1) Les tumeurs peu volumineuses sont rarement observées. La voie d'abord endo-buccale est possible; c'est une voie difficile, donnant peu de jour, ce qui gêne pour délimiter les lésions. L'intervention devra être économique et conservatrice.

Des radiographies faites périodiquement, tous les six mois par exemple, permettent de surveiller les suites opératoires éloignées. En cas de récidive on réinterviendra sans tarder et l'on aura souvent avantage à adopter la voie d'abord externe qui offre plus de garanties.

2) Les tumeurs volumineuses sont plus nombreuses. Deux sortes de cas peuvent se présenter :

a) La radiographie révèle un délabrement osseux considérable, sans trace de bord basilaire ou de bord postérieur de la branche montante. La résection segmentaire totale devient nécessaire et devra être pratiquée par voie cutanée. Cette résection ne doit pas être faite systématiquement et il faut contrôler de visu la valeur de la radiographie. Souvent on trouvera une mince baguette osseuse, qui, même criblée d'orifices, pourra être conservée avec beaucoup de patience et d'adresse.

b) Dans les cas les plus fréquents, même vieux de 15 et 20 ans, le bord basilaire de la branche horizontale, le bords postérieur de la branche montante, la table interne sont partiellement respectés.

La résection n'est pas de mise. Il faut pratiquer, par voie externe, une ablation complète de la tumeur. Quelles que soient la difficulté et la longueur de l'intervention, on doit, sous la lumière du miroir frontal, suivre pas à pas la tumeur, la rechercher dans ses multiples logettes osseuses, supprimant à la pince-gouge ou à la curette toutes les cloisons qui s'opposent à la décortication de la paroi kystique. Les dangers de l'essaimage ne sont pas à redouter, ce qui permet d'agir ainsi. On doit surtout respecter avec un soin jaloux ce qui reste du bord postérieur de la branche montante et du bord basilaire de la branche horizontale. Ils gardent presque toujours, même perforés, une solidité suffisante pour que, avec un peu de patience et de doigté, on puisse les conserver. Souvent aussi, la table interne est moins touchée. Elle

doit être respectée soigneusement. Après exérèse de la tumeur, la paroi de la cavité sera curettée méthodiquement jusqu'à ce que l'os présente partout une consistance absolument normale.

La voie d'abord doit toujours être cutanée. Elle est seule capable de donner un jour suffisant sur les lésions et permet de mieux suivre le travail effectué. Elle expose par conséquent moins à abandonner quelques éléments tumoraux qui seraient le point de départ d'une récurrence. C'est pour cette raison que la voie externe est également à conseiller pour les tumeurs peu volumineuses. Une suture bien faite laisse une cicatrice à peu près invisible, comme nous avons pu le constater sur les deux malades que nous avons observés.

Lorsque l'on n'est pas sûr de l'exérèse totale, on peut, comme l'a décrit Piquet dans sa communication, laisser la plaie largement ouverte et cautériser les nouvelles vésicules au fur et à mesure de leur production.

Les radiographies post-opératoires de contrôle, échelonnées périodiquement, montrent la valeur de cette méthode thérapeutique (voir planches). On peut objecter que l'on n'est pas certain d'avoir supprimé complètement la tumeur et qu'on a vu des récurrences pour exérèse incomplète après plusieurs années. C'est exact, mais l'on peut affirmer que, conserver pendant quelques années une mâchoire vaut bien l'ennui d'une nouvelle intervention.

CONCLUSIONS

1° Les adamantinomes kystiques ou solides sont « la conséquence du réveil d'éléments cellulaires provenant de la lignée épithéliale edificatrice de la dent. » Ce sont des dysembryoplasies.

2° Elles se présentent sous la forme de tumeurs mandibulaires volumineuses, à évolution lente et indolore, sans adénopathie ni atteinte de l'état général.

3° L'histologie révèle la présence d'éléments cellulaires qui reproduisent toujours un des stades de l'évolution embryonnaire de la dent.

4° Ce sont des tumeurs bénignes. Il faut toutefois apporter quelques réserves à leur béginité du fait de la fréquence des récidives locales d'une part, de la possibilité de dégénérescence d'autre part.

5° Ces notions ont toujours commandé jusqu'ici un traitement chirurgical grave et mutilant, une résection segmentaire du maxillaire inférieur passant à distance des lésions, en os sain.

6° Cette intervention peut être de mise quand la destruction de l'os est complète, dans les tumeurs ayant atteint un volume exceptionnel.

7° L'expérience montre qu'une intervention conservatrice doit être tentée systématiquement et permettre dans la plupart des cas de conserver la continuité du maxillaire inférieur.

8° L'intervention par voie externe est la seule qui donne toute sécurité dès que la tumeur a acquis un certain volume.

9° La radiothérapie sera un complément utile de l'acte chirurgical. On est encore mal fixé sur sa valeur.

Vu : le Doyen
G. ROUSSY.

Vu : le Président
LEMAITRE.

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris,
S. CHARLETY.



Planche I



Planche II



Planche III



Planche IV

BIBLIOGRAPHIE

- ARDOIN. — Deux cas de tumeur du maxillaire inférieur. *Société Anatomique*, janv. 1930.
- BERCHER et CODVELLE. — Classification des tumeurs d'origine dentaire. *Rev. de Stomat.*, juillet 1932.
- BERCHER et GRANDCLAUDE. — Etude anatomo-clinique d'une tumeur adamantine du maxillaire inférieur. *Rev. Odontologique*, mars 1930.
- BERCHER et VILENSKI. — Les tumeurs liées à l'existence du système dentaire. Etat actuel de nos connaissances. *Rev. de Stomat.*, 1926.
- BOZO et LATTÈS. — Un cas d'épithélioma adamantin avec dégénérescence cylindromateuse. *Annales d'oto-laryng.*, fév. 1932.
- CHEMIN. — Les épithéliomas primitifs des gencives et de la muqueuse de la voûte. *Sem. Dent.*, avril 1933.
- CHENET. — Régénération osseuse après perte de substance étendue du maxillaire inférieur. *Odontologie*, LVIII, 1930.
- CORYLLOS. — Les adamantinomes. *Annales des maladies de l'oreille, du larynx*, 1911.

- DUFOURMENTEL. — Adamantinome; dégénérescence kystique et néoplasique; résection du maxillaire; guérison. *Société des Chirurgiens*, Paris, juin 1930.
- GALIPPE. — Les débris épithéliaux paradentaires d'après les travaux de Malassez. Masson, 1911.
- GERNEZ et SURMONT. — Sur un cas d'adamantinome. *Association pour l'étude du cancer*, déc. 1928.
- LAROYENNE et WERTHEIMER. — Kyste multiloculaire du maxillaire inférieur. *Lyon Chirurgial*, 1920, n° 6.
- LECOURT. — Contribution à l'étude des épithéliomas adamantins du maxillaire supérieure. Thèse Paris, 1929.
- LEJARS. — Exploration clinique et diagnostic chirurgical.
- LENORMANT. — Précis de Pathologie chirurgicale. T. II.
- MASSON. — Diagnostics de laboratoire. (*Traité de Thérapeutique médicale*, Sergent).
- MAUREL (G.). — Epithélioma adamantin du maxillaire inférieur. *Société Odontologique de France*, juil. 1933.
- Les grands kystes du maxillaire inférieur. *L'Odontologie*, mai 1931.
- Etude clinique et chirurgicale des épithéliomas adamantins. *Congrès de Liège*, 1923.

PATEL et VICHOT. — Observation d'un cas de kyste multiloculaire du sinus maxillaire. *Province Dentaire*, mars-avril 1931.

PIQUET. — Volumineux kyste ayant détruit la moitié du maxillaire inférieur. Traitement conservateur. *Annales d'oto-laryng.*, mars 1933.

ROSSERT. — Etude des grands kystes adamantins multiloculaires au maxillaire inférieur. Thèse Paris, 1929.

ROUSSEAU-DECELLE et RAISON. — Pathologie buccale, péri-buccale et d'origine buccale. Masson, 1933.

RUPPE (Ch.). — Considérations sur les adamantinomes kystiques mandibulaires. *Annales d'Oto-laryng.*, fév. 1932.

-- Maladies des maxillaires. (*Pathologie de la bouche*, ch. VII).

SANTY. — Epithélioma adamantin du maxillaire inférieur récidivé 6 ans après la résection. *Société de Chirurgie*, Lyon, oct. 1930.

SENÈQUE. — Un cas d'épithélioma adamantin polykystique de la région médiane et latérale de la mandibule. *Annales d'Oto-laryng.*, fév. 1932.

TELLIER et DUNET. — Kyste dentifère. *Rev. de Stomat.*, 1920.

Imp. spéciale de la Librairie Le François, 91, bd St-Germain, Paris.
